

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 25 febbraio 2026, n. G02394

Approvazione del documento "Piano programmatico per la riduzione delle liste d'attesa Regione Lazio - anno 2026"

OGGETTO: Approvazione del documento *“Piano programmatico per la riduzione delle liste d’attesa Regione Lazio – anno 2026”*

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA dell’Area Rete ospedaliera e specialistica;

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;
- il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023, n. 234 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di organizzazione n. G17798 del 29 dicembre 2025 di conferimento alla Dott.ssa Eleonora Lo Cascio dell’incarico di dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai sensi del combinato disposto dall’art. 162 e dell’allegato “H” del Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei Servizi della Giunta regionale n. 1/2002 e successive modificazioni;
- l’Atto di organizzazione n. G17468 del 19 dicembre 2025 di conferimento alla Dott.ssa Alessandra Diodati dell’incarico di dirigente dell’Ufficio Attività Specialistica e Liste di Attesa dell’area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai sensi del combinato disposto dell’art. 162 e dell’allegato “H” del Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei Servizi della Giunta regionale n. 1/2002 e successive modificazioni;

VISTI per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante *“Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”*;
- il D.lgs. 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i., recante *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell’articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3”*;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di*

assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

- la DGR n. 149 del 6 marzo 2007, con cui è stato recepito l’Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della salute, il Ministro dell’Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l’approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 15 novembre 2024 n. 939, recante: *“Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”;*
- la Deliberazione della Giunta regionale del 10 luglio 2025 n. 587, recante *“Aggiornamento del "Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”;*

CONSIDERATO che ad oggi è ancora in vigore il Piano di rientro di cui sopra ed è in fase di adozione il documento *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2024-2026”;*

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e bilancio:

- il Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”* e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: *“Legge di contabilità regionale”;*
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: *“Regolamento regionale di contabilità”* che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della L.R. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 31 dicembre 2025, n. 20, recante: *“Legge di stabilità regionale 2026”;*
- la Legge Regionale 31 dicembre 2025, n. 21, recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2026-2028”;*
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2025, n. 1349, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2026-2028. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;*
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2025, n. 1350, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2026 - 2028. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;*
- la Deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2026, n. 21, concernente: *“Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2026-2028 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;*

CONSIDERATI i provvedimenti vigenti in tema di assistenza specialistica, in particolare:

- la Deliberazione Giunta regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024, avente ad oggetto: *“Approvazione “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” in attuazione del DM dicembre 2024. Validità prescrizioni medicina specialistica ambulatoriale”*, con la quale si è preso atto del suddetto Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze del 24 novembre 2024, e si è provveduto all’approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;
- le Determinazioni n. G00001 del 2 gennaio 2025 e n. G00169 del 10 gennaio 2025, con cui è stato approvato il Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del *“Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale”* approvato con DGR n. 1187 del 30 dicembre 2024;

VISTI, con riferimento alle liste di attesa delle prestazioni sanitarie:

- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 - 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- il Decreto del Commissario ad acta del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: *“Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”*, con il quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021;
- il Decreto del Commissario ad acta 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: *“Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”*, con il quale è stato approvato e adottato il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 20 giugno 2023, n.310 avente ad oggetto: *“Modifiche ed integrazioni artt. 1, 8 e 15 dell’accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024 ex DGR n. 695/2022 e Corrispettivo 2023. Approvazione schema Addendum”*, con la quale sono stati introdotti specifici obblighi contrattuali per le strutture erogatrici private accreditate in relazione all’integrazione e alla messa a disposizione delle proprie agende di prenotazione sul Sistema Regionale Integrato ReCup, garantendo così ai cittadini una maggiore disponibilità nell’erogazione di prestazioni sanitarie, in particolare quelle maggiormente “critiche”, obblighi ulteriormente rafforzati con la DGR 1186/2024;
- i commi 232 e 233 dell’articolo 1 della legge 30 dicembre 2023 n. 213, avente ad oggetto: *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024- 2026”*;
- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: *“Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*;
- la Legge 30 dicembre 2024, n.207 (Legge di Bilancio 2025), avente ad oggetto: *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-*

2027. (24G00229)”;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 10 ottobre 2024, n. 777 avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024”*, con la quale la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha introdotto ulteriori misure e ha fissato puntuali principi volti a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie per superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 20 marzo 2025, n. 150 avente ad oggetto: *“Approvazione del documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato “ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia” delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR”* con la quale è stato avviato il nuovo modello di gestione del “Percorso di Garanzia” al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri cittadini residenti “fuori soglia”, attraverso l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive, dell'attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 3 aprile 2025, n. 198 avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” – Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 6 novembre 2025, n. 999 avente ad oggetto: *“Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale”* con la quale è stata prevista una procedura uniforme a livello regionale destinata all'addebito delle sanzioni legate alle prestazioni prenotate e non disdette, almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, (salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta) pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della stessa;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 23 dicembre 2025 n. 1298 avente ad oggetto: *“Riduzione della validità delle ricette dematerializzate per le classi di priorità con maggiore urgenza”* volta a contrastare il fenomeno per cui numerose prescrizioni sono utilizzate dagli utenti ben oltre i limiti previsti dalla relativa classe di priorità, rilevando da un lato le criticità relative all'appropriatezza prescrittiva, e dall'altro l'effetto distorsivo sulla misurazione dei tempi d'attesa regionali per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2025 n.1344 avente ad oggetto: *“Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d'attesa”* che mira a definire gli interventi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità, dettando specifiche misure per garantire la corretta modalità di prescrizione e ridefinendo gli ambiti di garanzia;
- la Determinazione n. G17895 del 30 dicembre 2025 avente ad oggetto: *“Approvazione delle Linee guida per la gestione della conferma e della disdetta degli appuntamenti di specialistica*

ambulatoriale per tutti gli Enti del SSR, con indicazioni sulle sanzioni per le prestazioni prenotate e non disdette in ottemperanza alla DGR n. 999 del 06/11/2025 e successiva notifica agli Enti del SSR” con la quale sono state fornite indicazioni in merito alle modalità di gestione delle sanzioni per le prestazioni prenotate e non disdette in ottemperanza alla citata DGR n. 999/2025;

VISTA la Deliberazione 15 ottobre 2024, n. 790 avente ad oggetto: *“Istituzione della "Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste d'attesa ai sensi del Decreto-logge 7 giugno 2024, n. 73, convertito dalla legge 29 luglio 2024 n. 107”* con la quale, ai sensi di quanto previsto all’art. 2, comma 5 del Decreto-logge 7 giugno 2024, n. 73, è stata istituita *l’Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa*, incaricata, tra l’altro di nominare il Responsabile Unico Regionale dell’Assistenza Sanitaria (RUAS);

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio 4 dicembre 2024, n. T00181 avente ad oggetto: *“Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito dalla legge 29 luglio 2024 n. 107- Nomina dei componenti dell’Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa e definizione delle modalità di individuazione del RUAS”* con il quale sono stati nominati i membri della citata Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa e sono state indicate le modalità operative di individuazione del RUAS;

PRESO ATTO della nota prot.0143386 del 11 febbraio 2026 con la quale è stato conferito l’incarico di Responsabile Unico Regionale dell’Assistenza Sanitaria (RUAS) alla Dott.ssa Alessandra Diodati in qualità di Dirigente *pro tempore* dell’Ufficio Specialistica e Liste di attesa incardinato nell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Regionale Salute ed Integrazione sociosanitaria secondo le modalità previste dal suddetto Decreto del Presidente della Regione Lazio 4 dicembre 2024, n. T00181;

CONSIDERATO che il D.L. n. 73/2024, all’art.4 prevede l’adozione con validità annuale di un piano regionale sulle liste di attesa;

VISTO il Piano programmatico di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa, redatto dal RUAS, denominato *“Piano programmatico per la riduzione delle liste d’attesa Regione Lazio – anno 2026”*;

DATO ATTO che il suddetto Piano Programmatico definisce una strategia basata sulla conduzione di monitoraggi sistematici finalizzati alla:

- registrazione dei Tempi di Attesa (TDA) e dei volumi afferenti alle branche specialistiche a maggiore criticità, volti ad analizzare e superare le problematiche derivanti da un’inefficiente organizzazione delle agende o da una gestione non ottimale delle classi di priorità;
- individuazione delle prestazioni e gli ambiti territoriali su cui concentrare azioni correttive e potenziamenti dell’offerta;
- verifica della attuazione e rilevazione analitica degli effetti prodotti dai provvedimenti amministrativi adottati (DGR n. 1298/2025 e DGR n. 1344/2025).

RITENUTO, pertanto,

- di procedere all'approvazione del documento denominato “*Piano programmatico per la riduzione delle liste d’attesa Regione Lazio – anno 2026*” allegato alla presente determinazione (Allegato A) di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale;

DETERMINA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate,

- di approvare il documento “*Piano programmatico per la riduzione delle liste d’attesa Regione Lazio – anno 2026*”, allegato alla presente determinazione (Allegato A) di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL DIRETTORE
Andrea Urbani



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

Allegato A

**PIANO PROGRAMMATICO PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE
D'ATTESA**

REGIONE LAZIO – anno 2026



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Indice

1. Introduzione	3
2. Stato dell'arte: Analisi dati TDA di gennaio 2026.....	4
3. Monitoraggi previsti.....	5
3.1 Monitoraggio profondità agende.....	5
3.2. Monitoraggio volumi prestazioni più critiche per ASL	7
4. Strategie di governo e obiettivi 2026	8
5. Allegati	9



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

1. Introduzione

In osservanza del DL n.73 del 07/06/2024, la Regione Lazio ha già adottato molte delle previsioni normative volte alla riduzione dei tempi delle liste d'attesa, tra cui l'attivazione del ReCUP regionale come Centro Unico di Prenotazione (CUP) e l'integrazione dei sistemi di prenotazione dei privati accreditati nel CUP territoriale, garantendo la piena interoperabilità come condizione necessaria per la validità degli accordi contrattuali. Attualmente, sono integrate il 100% delle strutture private accreditate e sono visibili oltre 17.000 agende, rispettando l'obbligo di rendere i servizi prenotabili tramite il sistema pubblico per evitare che il contratto con il Servizio Sanitario sia nullo.

Il sistema adottato dalla Regione Lazio garantisce una completa interoperabilità con la Piattaforma Nazionale delle liste di attesa istituita presso l'AGENAS. Nello specifico, a partire da febbraio 2025, la Regione ha attivato un sistema di trasmissione dati in modalità FHIR che permette la visibilità diretta delle informazioni esposte. È inoltre operativo un monitoraggio costante dei flussi trasmessi in stretta collaborazione con AGENAS; in questo contesto, la Regione Lazio e la Regione Basilicata rappresentano attualmente le uniche due realtà regionali impegnate nel monitorare l'efficacia tecnica di tale metodologia di trasmissione.

In coerenza con le strategie nazionali di governo delle liste d'attesa, è stato avviato un monitoraggio costante dei Tempi di Attesa (TDA) basato sulla registrazione della prima disponibilità offerta al cittadino entro l'ambito di garanzia regionale. Questi dati, consultabili sul portale della Regione Lazio e sui siti aziendali, coprono un volume di prestazioni superiore a quello previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), permettendo una mappatura del fenomeno che va oltre le sole prestazioni critiche. Al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia del servizio, è stato inoltre attivato un sistema di raccolta dati sulle motivazioni di rifiuto della prima disponibilità, volto a verificare se la prestazione venga comunque erogata nei tempi previsti e presso quale specifica struttura.

Al fine di potenziare l'offerta diagnostica e specialistica, le aziende sanitarie sono state autorizzate ad ampliare gli orari di servizio, includendo l'erogazione delle prestazioni anche nei giorni di sabato e domenica e il prolungamento delle fasce orarie giornaliere. Nel corso del 2025, è stata inoltre condotta una sistematica campagna di recall mirata all'anticipo delle prestazioni fuori soglia, con un focus specifico nell'ultimo quadrimestre sulle prestazioni in classe di priorità B; tale iniziativa ha determinato l'apertura straordinaria di agende e un incremento complessivo degli slot disponibili.

Tra le misure di controllo adottate dalla Regione Lazio, è stato avviato un monitoraggio rigoroso delle agende per verificare che tutte le strutture garantiscano l'apertura delle prenotazioni per almeno 365 giorni dinamici, assicurando così un'offerta idonea e costante nel tempo, in conformità con il divieto di sospensione o chiusura delle attività di prenotazione.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

2. Stato dell'arte: Analisi dati TDA di gennaio 2026

In questa sezione del report vengono esaminati i risultati del monitoraggio regionale relativo al mese di gennaio 2026. Nello specifico, l'indice di rispetto dei Tempi di Attesa (TDA) — calcolato come il rapporto tra le prestazioni prenotabili entro i tempi stabiliti ed il totale delle prenotazioni effettuate — presenta i seguenti valori per le diverse ASL del territorio:

Tabella 1: Rispetto TDA gennaio 2026

Gennaio 2026				
ASL	TDA			
	Urgente	Breve	Differibile	Programmata
ASL RM 1	83,9%	88,4%	88,9%	93,6%
ASL RM 2	78,3%	81,9%	85,0%	93,8%
ASL RM 3	87,5%	77,6%	79,2%	89,6%
ASL RM 4	100,0%	86,0%	95,7%	98,4%
ASL RM 5	66,7%	89,5%	72,9%	58,7%
ASL RM 6	100,0%	89,2%	92,1%	96,4%
ASL VITERBO	100,0%	94,5%	96,0%	94,0%
ASL RIETI	100,0%	97,7%	86,6%	94,2%
ASL LATINA	100,0%	88,4%	91,7%	94,7%
ASL FROSINONE	100,0%	84,7%	94,4%	97,6%

**Dati ricavati dal cruscotto "Tempi di attesa – Agenas"*

Per un'analisi più approfondita degli indicatori, si rimanda al file Excel "*Analisi TDA 2026*" allegato, in cui vengono riportati:

- **Tempo d'attesa medio (gg):** media dei giorni che intercorrono tra la data di prenotazione e la prima disponibilità utile fornita dal sistema
- **% Garante:** percentuale di rispetto dei tempi massimi previsti dalle classi di priorità
- **Totale prestazioni:** volume complessivo di prenotazioni effettuate nel mese di gennaio 2026.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

In base ai dati di monitoraggio del mese di gennaio 2026, si dimostra una notevole efficacia nella gestione delle prestazioni Urgenti (Classe U). Si nota una performance generalmente elevata anche per le altre classi, con indici di TDA che si attestano mediamente sopra la soglia del 70% nella quasi totalità dei casi. Tali percentuali sono calcolate sulla prima disponibilità offerta a livello regionale. Dal 1° febbraio, questi stessi indici saranno calcolati con riferimento alla prima disponibilità a livello di ambito di garanzia dell'assistito.

La previsione è di una possibile modifica dei TDA, che sarà affrontata con le aziende individuando le soluzioni più adeguate al soddisfacimento del bisogno che sarà evidenziato. Sarà strettamente monitorato, inoltre, il ricorso al pass di garanzia e la sua efficacia nel garantire le prestazioni.

3. Monitoraggi previsti

Al fine di garantire l'efficacia delle misure introdotte, la Regione Lazio ha predisposto un piano di monitoraggio sistematico nel corso del 2026. Saranno rilevati a cadenza trimestrale i volumi, i tempi di attesa in ambito aziendale delle prestazioni critiche, nonché la profondità delle agende e ogni altro dato ritenuto necessario al fine di valutare le necessarie azioni correttive. Di seguito si riporta la situazione rilevata al 9 gennaio 2026, che costituisce la *baseline* analitica per le azioni previste per l'anno in corso.

3.1 Monitoraggio profondità agende

Al fine di assicurare una corretta programmazione aziendale, è stato implementato un controllo periodico sulla profondità delle agende nel sistema ReCUP, con l'obiettivo di garantire una disponibilità di almeno 365 giorni dinamici. Al 9 gennaio 2026 i risultati della verifica sono stati i seguenti:

Tabella 2: Profondità agende strutture pubbliche

PUBBLICI			
ASL/AO	N° AGENDE TOTALI	N° AGENDE PROF < 365 GG	% AGENDE PROF < 365 GG
ASL ROMA 2	2.260	432	19%
ASL ROMA 4	437	62	14%
ASL ROMA 5	1.003	247	25%
ASL RIETI	672	102	15%



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL LATINA	1.521	179	12%
ASL FROSINONE	726	105	14%
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	168	14	8%
I.R.C.C.S. L. SPALLANZANI	84	7	8%
Totale	6.871	1.148	15%

Tabella 3: Profondità agende strutture private

PRIVATI			
ASL	N° AGENDE TOTALI	N° AGENDE PROF < 365 GG	% AGENDE PROF < 365 GG
ASL ROMA 1	4.087	1.475	36%
ASL ROMA 2	2.272	1.166	51%
ASL ROMA 3	3.225	2.570	80%
ASL ROMA 4	172	64	37%
ASL ROMA 5	337	126	37%
ASL ROMA 6	825	466	56%
ASL	N° AGENDE TOTALI	N° AGENDE PROF < 365 GG	% AGENDE PROF < 365 GG
ASL VITERBO	124	28	23%
ASL LATINA	1.068	462	43%
ASL FROSINONE	414	166	40%
Totale	12.524	6.523	45%



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Dall'analisi effettuata nelle Tabelle 2 e 3, emerge come le strutture pubbliche riescano a rispettare questo limite in modo più costante (con una percentuale di scostamento del 15%) rispetto alle strutture private (che presentano il 45% di agende sotto i 365 giorni).

Come di consueto, al monitoraggio segue una comunicazione della Regione Lazio alle strutture con segnalazione della rilevazione anomala e verifica della messa in atto di interventi correttivi.

3.2. Monitoraggio volumi prestazioni più critiche per ASL

Sono state analizzate puntualmente le prestazioni che presentano le maggiori criticità, sia in termini di tempi d'attesa che di volumi fuori soglia. Questa analisi ha permesso di individuare i nodi critici per ogni ASL e di studiare le soluzioni più idonee, come l'attivazione di tavoli tecnici per programmare nuove assunzioni o l'integrazione con prestazioni aggiuntive laddove necessario.

Dall'analisi emerge una spiccata omogeneità delle criticità rilevate: le carenze tendono infatti a concentrarsi sulle stesse branche specialistiche e sulle medesime tipologie di prestazioni in quasi tutto il territorio regionale (Tabella 4). I dettagli completi di questa analisi, riferiti al monitoraggio di dicembre 2025, sono consultabili nel file Excel allegato *“Volumi critici per ASL”*.

Tabella 4: Prestazioni più critiche

BRANCA	PRESTAZIONE
Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO
	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA
	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

BRANCA	PRESTAZIONE
Diagnostica per Immagini - Radiologia Diagnostica	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA
	ECOGRAFIA TIROIDE
	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA
Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA

La riduzione di tali volumi sarà gestita tramite i piani programmatici sopra richiamati e le misure introdotte con le DGR 1298/2025 e 1344/2025, agendo sulla validità delle prescrizioni, sul potenziamento della presa in carico specialistica per le cronicità e sulle modifiche tecniche apportate alla configurazione delle agende.

4. Strategie di governo e obiettivi 2026

In base all'analisi dei dati raccolti nel corso dell'anno 2025 la Regione Lazio ha introdotto due importanti modifiche dell'assetto organizzativo regionale per migliorare il governo delle liste di attesa con le DGR n. 1298/2025 e DGR n. 1344/2025 (Allegati 1 e 2).

Nel corso del 2026, l'impegno della Regione Lazio si concentrerà, oltre al monitoraggio già descritto, sull'implementazione delle disposizioni normative adottate e sul monitoraggio analitico dei loro effetti. La DGR n.1298/2025 interviene sulla validità delle prescrizioni di primo accesso, con l'obiettivo di orientarne l'utilizzo verso tempi strettamente congrui alla priorità clinica assegnata. Parallelamente, la DGR n.1344/2025 ridefinisce l'ambito di garanzia territoriale per assicurare una maggiore prossimità nell'erogazione delle cure. L'impatto di tali misure sui tempi di attesa sarà verificato costantemente in sinergia con le direzioni aziendali, così da calibrare l'offerta sulla base del fabbisogno rilevato.



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

Un ulteriore obiettivo prioritario riguarda la ridefinizione dei percorsi di accesso attraverso due pilastri fondamentali. Il primo consiste nel potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva, basato su criteri clinici omogenei definiti tramite tavoli tecnici con i principali attori del sistema, al fine di ridurre le prestazioni improprie. Il secondo pilastro punta sull'efficientamento e sulla gestione dinamica delle agende, ottimizzando gli slot disponibili per garantire il rigoroso rispetto delle classi di priorità più urgenti. In quest'ottica, è stata introdotta l'estensione del pass informatizzato anche per le prestazioni con classe di priorità D.

5. Allegati

- Allegato 1: DGR 1298/2025
- Allegato 2: DGR 1344/2025
- Allegato 3: *“Analisi TDA 2026”*
- Allegato 4: *“Volumi critici per ASL”*



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Allegato 1
DGR 1298/2025



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

OGGETTO: Riduzione della validità delle ricette dematerializzate per le classi di priorità con maggiore urgenza

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Deliberazione della Giunta Regionale del 25 maggio 2023, n. 234, di conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930, modificato con atto di organizzazione, n. G02642 dell’8 marzo 2024, con cui è stato definito l’assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione n. G05861 del 20 maggio 2024 con cui è stato conferito l’incarico di dirigente dell’Area Innovazione e ICT della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria all’Ing. Annalisa Bononati;
- l’Atto di Organizzazione n. G15849 del 27 novembre 2024 con cui si è provveduto ad una riorganizzazione delle strutture organizzative di base e delle funzioni della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

VISTI per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;

il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante *“Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”* e s.m.i.;

- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante *“Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”*;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n. 15), recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- la Deliberazione Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007, con cui è stato recepito l’Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della Salute, il Ministro dell’Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l’approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 15 novembre 2024 n. 939 recante: *“Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*;

VISTI tutte le norme e i provvedimenti regionali in materia di contabilità e di bilancio e, in particolare:

- il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche”*;



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “*Legge di contabilità regionale*”;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento Regionale di Contabilità” che, ai sensi dell’art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: “*Legge di stabilità regionale 2025*”;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024 n. 23 recante: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027*”;
- la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 “*Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.*”;

CONSIDERATI i provvedimenti vigenti in tema di assistenza specialistica, in particolare:

- il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero Economia e Finanze, del 23 giugno 2023, avente ad oggetto “*Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*”, con cui sono state, tra l’altro, aggiornate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, del 31 marzo 2024, con il quale si differisce al 1° gennaio 2025 l’entrata in vigore delle tariffe nazionali individuate con il decreto ministeriale 23 giugno 2023, anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe;
- Il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

24 novembre 2024, con il quale si determinano le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);

- la Deliberazione Giunta Regionale n. 30 dicembre 2024, n. 1186, recante: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026”*;
- la Deliberazione Giunta Regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: *“Approvazione “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” in attuazione del DM dicembre 2024. Validità prescrizioni medicina specialistica ambulatoriale”* con la quale si è preso atto del suddetto Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 24 novembre 2024, e si è provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;
- la Determinazione n. G0001 del 02 gennaio 2025 *“Approvazione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” approvato con DGR n.1187 del 30 dicembre 2024”* integrata con Determinazione n. G00169 del 10 gennaio 2025;

VISTI, con riferimento alle liste di attesa delle prestazioni sanitarie:

il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 - 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;

- il Decreto del Commissario ad acta del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: *“Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”*, con la quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021;
- il Decreto del Commissario ad acta 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: *“Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”*, con il quale è stato approvato e adottato il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;
- i commi 232 e 233 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023 n. 213, avente ad oggetto: *“Bilancio*



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”;

- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: *“Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*;
- la Legge 30 dicembre 2024, n.207 (Legge di Bilancio 2025), avente ad oggetto: *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027. (24G00229)”*;

CONSIDERATE le misure già messe in atto dall’Amministrazione volte a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie e, in particolare, tra le altre:

- la DGR 310 del 20 giugno 2023, avente ad oggetto: *“Modifiche ed integrazioni artt. 1, 8 e 15 dell’accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024 ex DGR n. 695/2022 e Corrispettivo 2023. Approvazione schema Addendum”*, con la quale sono stati introdotti specifici obblighi contrattuali per le strutture erogatrici private accreditate in relazione alla messa a disposizione delle proprie agende di prenotazione sul Sistema Regionale Integrato ReCup, garantendo così ai cittadini una maggiore disponibilità nell’erogazione di prestazioni sanitarie, in particolare quelle maggiormente “critiche”, ulteriormente rafforzati con la DGR 1186/2024;
- il Rafforzamento dei Sistemi informativi grazie all’attivazione di un percorso congiunto tra Regione Lazio e LAZIOcrea al fine di consentire la completa integrazione delle strutture erogatrici private accreditate alla Nuova Piattaforma Integrata Regionale ReCUP ed il monitoraggio costante delle agende di prenotazione messe a disposizione;
- la Deliberazione Giunta regionale n. 777 del 10 ottobre 2024, avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024”*, con la quale la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha introdotto ulteriori misure e ha fissato puntuali principi volti a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie per superare le criticità connesse all’accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;
- la Deliberazione Giunta regionale n. 150 del 20 marzo 2025 avente ad oggetto: *“Approvazione del*



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato “ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia” delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR” con la quale è stato avviato il nuovo modello di gestione del “Percorso di Garanzia” al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di assicurare l’erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri cittadini residenti “fuori soglia”, attraverso l’utilizzo delle prestazioni aggiuntive, dell’attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato;

- la Deliberazione Giunta regionale n. 198 del 3 aprile 2025 avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” - Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”;*
- la Deliberazione Giunta regionale n. 999 del 6 novembre 2025 avente ad oggetto: *“Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale”* con la quale è stato prevista una procedura uniforme a livello regionale destinata all’addebito delle sanzioni legate alle prestazioni prenotate e non disdette, almeno due giorni lavorativi prima dell’erogazione della prestazione, (salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta) pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della stessa;

CONSIDERATO che il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 novembre 2024, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024, che stabiliva in massimo centottanta giorni dalla data di prescrizione la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale;

CONSIDERATO che la già citata Deliberazione Giunta regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024 in attuazione del citato Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 novembre 2024 prevedeva tra l’altro, che la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 sia stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione;

CONSIDERATO che dall’analisi dei dati registrati sulla Piattaforma Integrata Regionale ReCUP, è emerso come numerose prescrizioni siano utilizzate dagli utenti ben oltre i limiti previsti dalla relativa classe di priorità;

PRESO ATTO che tale fenomeno evidenzia, da un lato, le criticità relative all’appropriatezza prescrittiva, e dall’altro, produce un effetto distorsivo sulla misurazione dei tempi d’attesa regionali per l’erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

RITENUTO NECESSARIO individuare degli interventi mirati a garantire l'erogazione delle prestazioni di primo accesso nei tempi previsti dalle classi di priorità, favorendo un corretto accesso per i cittadini alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, e in particolare prevedere a decorrere dal 1° febbraio 2026 la riduzione della validità delle ricette dematerializzate per le prestazioni di primo accesso per le classi di priorità con maggiore urgenza, come di seguito rappresentato:

Classe di priorità	Validità attuale	Validità proposta
Urgente (U)	180 giorni	10 giorni
Breve (B)	180 giorni	20 giorni
Differita (D)	180 giorni	40 giorni visite / 70 giorni prestazioni strumentali
Programmata (P)	180 giorni	130 giorni

CONSIDERATO, altresì, che tale misura è stata condivisa con le organizzazioni sindacali nel corso di un incontro tenutosi in data 5 dicembre 2025 presso la Regione Lazio come da verbale agli atti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria trasmesso nei giorni 16 e 17 dicembre alle stesse organizzazioni;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

di individuare degli interventi mirati a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità, favorendo un corretto accesso per i cittadini alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, e in particolare, prevedere a decorrere dal 1° febbraio 2026 la riduzione della validità delle ricette dematerializzate per le prescrizioni di primo accesso per le classi di priorità con maggiore urgenza,



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area
Rete Ospedaliera e Specialistica**

come di seguito rappresentato:

Classe di priorità	Validità attuale	Validità proposta
Urgente (U)	180 giorni	10 giorni
Breve (B)	180 giorni	20 giorni
Differita (D)	180 giorni	40 giorni visite / 70 giorni prestazioni strumentali
Programmata (P)	180 giorni	130 giorni

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione

Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesposto schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.

(O M I S S I S)

IL VICESEGRETARIO
(Stefania Borrelli)

LA VICEPRESIDENTE
(Roberta Angelilli)



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete
Ospedaliera e Specialistica

Allegato 2
DGR 1344/2025



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

OGGETTO: Approvazione delle “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa”.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Deliberazione della Giunta Regionale del 25 maggio 2023, n. 234, di conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930, modificato con atto di organizzazione, n. G02642 dell’8 marzo 2024, con cui è stato definito l’assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione del 27 novembre 2024, n. G15849 con cui si è provveduto ad una riorganizzazione delle strutture organizzative di base e delle funzioni della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTI per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante “*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” e s.m.i.;
- la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n. 15), recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 6 marzo 2007, n. 149 con cui è stato recepito l’Accordo,



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della Salute, il Ministro dell'Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

- la Deliberazione della Giunta Regionale del 15 novembre 2024, n. 939 recante: *“Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*;

VISTI tutte le norme e i provvedimenti regionali in materia di contabilità e di bilancio e, in particolare:

- il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche”*;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: *“Regolamento Regionale di Contabilità”* che, ai sensi dell'art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: *“Legge di stabilità regionale 2025”*;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024 n. 23 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2024 n. 1172 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del “Documento tecnico di accompagnamento”, ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del “Bilancio finanziario gestionale”, ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 *“Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale 2 ottobre 2025, n. 881, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Aggiornamento del bilancio finanziario gestionale in relazione all'assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 1173/2024, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;

CONSIDERATI i provvedimenti vigenti in tema di assistenza specialistica, in particolare:

- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 23 giugno 2023, avente ad oggetto *“Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”*, con cui sono state, tra l'altro, aggiornate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 31 marzo 2024, con il quale si differisce al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe nazionali



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

individuare con il citato decreto interministeriale 23 giugno 2023, anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe;

- Il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024, con il quale sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (Nomenclatore Tariffario Nazionale);
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 30 dicembre 2024, n. 1186, recante: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: *“Approvazione “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” e delle “Indicazioni metodologiche” in attuazione del DM 25 novembre 2024 “Definizione delle tariffe relative all’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”. pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2024. Disposizioni per la validità delle prescrizioni di medicina specialistica ambulatoriale”*, con la quale si è preso atto del suddetto Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 24 novembre 2024, e si è provveduto all’approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;
- la Determinazione n. G00001 del 2 gennaio 2025 *“Approvazione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del “Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale” approvato con DGR n.1187 del 30 dicembre 2024”* integrata con Determinazione n. G00169 del 10 gennaio 2025;

CONSIDERATE le misure già messe in atto volte a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie e, in particolare, tra le altre:

- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 - 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- il Decreto del Commissario *ad acta* del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: *“Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”*, con il quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021;
- il Decreto del Commissario *ad acta* 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: *“Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”*, con il quale è stato approvato e adottato il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 20 giugno 2023, n.310 avente ad oggetto: *“Modifiche ed integrazioni artt. 1, 8 e 15 dell’accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024 ex DGR n. 695/2022 e Corrispettivo 2023. Approvazione schema Addendum”*, con la quale sono stati introdotti specifici obblighi contrattuali per le strutture erogatrici private accreditate in relazione all’integrazione e alla messa a disposizione delle proprie agende di prenotazione sul Sistema Regionale Integrato ReCup, garantendo così ai cittadini una maggiore disponibilità nell’erogazione di prestazioni sanitarie, in particolare quelle maggiormente *“critiche”*, obblighi ulteriormente rafforzati con la DGR 1186/2024;



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

- i commi 232 e 233 dell’articolo 1 della legge 30 dicembre 2023 n. 213, avente ad oggetto: *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024- 2026”*;
- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, recante: *“Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*;
- la Legge 30 dicembre 2024, n.207 (Legge di Bilancio 2025), avente ad oggetto: *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027. (24G00229)”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 10 ottobre 2024, n. 777 avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024”*, con la quale la Regione Lazio, al fine di dare attuazione alla normativa richiamata, ha introdotto ulteriori misure e ha fissato puntuali principi volti a garantire la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie per superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e assicurare l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 20 marzo 2025, n. 150 avente ad oggetto: *“Approvazione del documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato “ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia” delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR”* con la quale è stato avviato il nuovo modello di gestione del “Percorso di Garanzia” al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di assicurare l’erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri cittadini residenti “fuori soglia”, attraverso l’utilizzo delle prestazioni aggiuntive, dell’attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato;
 la Deliberazione della Giunta regionale del 3 aprile 2025, n. 198: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” – Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”*;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 6 novembre 2025, n. 999: *“Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale”* con la quale è stata prevista una procedura uniforme a livello regionale destinata all’addebito delle sanzioni legate alle prestazioni prenotate e non disdetate, almeno *due* giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, (salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta) pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della stessa;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 23 dicembre 2025 n. 1298 : *“Riduzione della validità delle ricette dematerializzate per le classi di priorità con maggiore urgenza”* volta a contrastare il fenomeno per cui numerose prescrizioni sono utilizzate dagli utenti ben oltre i limiti previsti dalla relativa classe di priorità, rilevando da un lato le criticità relative all’appropriatezza prescrittiva, e dall’altro, l’effetto distorsivo sulla misurazione dei tempi d’attesa regionali per l’erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

RITENUTO, pertanto, di approvare le “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante


**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

e sostanziale del presente provvedimento, al fine di rafforzare gli interventi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità e, in particolare, per:

- dettare specifiche misure per garantire la corretta modalità di prescrizione;
- ridefinire gli ambiti di garanzia così come riportato nella tabella seguente (oltre che nell'allegato A);

AMBITO	ASL
CENTRO	ROMA 1
	ROMA 2
	ROMA 3
NORD OVEST	VITERBO
	ROMA 4
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
NORD EST	RIETI
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD EST	FROSINONE
	ROMA 5
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD OVEST	LATINA
	ROMA 6
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)

RITENUTO altresì di stabilire che tali misure saranno operative, a regime, a partire dal 1° febbraio 2026;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare le “Indicazioni per la corretta modalità di prescrizione e ridefinizione degli ambiti di garanzia ai fini del governo delle liste d’attesa” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di rafforzare gli interventi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità e, in particolare, per:

- dettare specifiche misure per garantire la corretta modalità di prescrizione; -
- ridefinire gli ambiti di garanzia così come riportato nella tabella seguente (oltre che nell'allegato A):



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

AMBITO	ASL
CENTRO	ROMA 1
	ROMA 2
	ROMA 3
NORD OVEST	VITERBO
	ROMA 4
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
NORD EST	RIETI
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD EST	FROSINONE
	ROMA 5
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD OVEST	LATINA
	ROMA 6
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)

- di stabilire che tali misure saranno operative, a regime, a partire dal 1° febbraio 2026.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione.



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

Allegato A

**INDICAZIONI PER LA CORRETTA MODALITÀ DI PRESCRIZIONE E
RIDEFINIZIONE DEGLI AMBITI DI GARANZIA AI FINI DEL
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA**



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

Sommario

1. Premessa.....	3
1. Ambito di garanzia	4
2. Validità della prescrizione	5
3. Modalità di prescrizione	5
4. Appropriately prescrittiva.....	9
5. La prenotazione	10
6. Linee guida per la configurazione delle agende	11

**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

1. Premessa

Il presente documento definisce gli interventi previsti dall'Amministrazione regionale in relazione all'appropriatezza prescrittiva e agli ambiti di garanzia, finalizzati a garantire un'offerta di prestazioni appropriata, idonea, vicina e tempestiva, in risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

L'Amministrazione si prefigge l'obiettivo di definire e implementare le procedure ottimali per la gestione del percorso clinico-assistenziale del paziente, a partire dal primo contatto sino agli accessi successivi nell'ambito del processo di presa in carico. In tale complessa definizione, verranno delineate le necessarie rimodulazioni organizzative, tra cui la modifica dell'ambito di garanzia, la revisione del periodo di validità della prescrizione relativa al primo accesso, la specificazione puntuale della prescrizione per gli accessi successivi, e l'adozione di specifici criteri per la corretta configurazione delle agende di prenotazione.

L'appropriatezza prescrittiva si definisce come **l'erogazione della prestazione sanitaria più idonea** (giusta) nel **momento temporalmente ottimale** (nel tempo giusto), garantendo l'aderenza tra l'indicazione clinica e la sua somministrazione tempestiva; **l'ambito di garanzia** indica l'area entro cui deve essere disponibile, per un cittadino, l'offerta di prestazione sanitaria di cui ha necessità.

Nell'attuale configurazione del sistema, è richiesto il possesso di una prescrizione medica per usufruire di prestazioni specialistiche o diagnostiche all'interno del Servizio Sanitario Regionale (SSR), sia presso strutture pubbliche che private accreditate.

Tale prescrizione si configura ordinariamente come impegnativa dematerializzata (ricetta elettronica) o, salvo specifici casi previsti dalla norma, come ricetta cartacea (modello rosso). Essa deve essere rilasciata dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) o da altri medici abilitati facenti parte del Servizio Sanitario Regionale o Nazionale.

In fase di compilazione della ricetta dematerializzata, è necessario specificare la tipologia di accesso alla prestazione, distinguendo tra *primo accesso* e *accesso successivo*.

Primo Accesso: è obbligatorio definire la classe di priorità basata su un criterio clinico. Le classi di priorità identificano l'intervallo temporale massimo entro cui la prestazione deve essere garantita e sono così definite:

- ✓ **U (Urgente)**, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- ✓ **B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni;
- ✓ **D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- ✓ **P (Programmata)**, da eseguire entro 120 giorni.

Accesso Successivo: In questo caso, deve essere selezionata l'opzione "*Altra tipologia di accesso*" (indicando il flag su ALTRO), senza la necessità di specificare una classe di priorità.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

La **validità della prescrizione** indica il tempo massimo che l'utente ha per *prenotare* la prestazione dalla data di emissione della prescrizione. È stata stabilita, con il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24 novembre 2024, in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione. La Regione Lazio con Deliberazione n. 1187 del 30 dicembre 2024, in attuazione del suddetto Decreto Ministeriale ha provveduto all'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale, confermando tra l'altro in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024.

I successivi paragrafi saranno dedicati all'illustrazione analitica delle misure pianificate in relazione all'appropriatezza prescrittiva e alla rimodulazione degli ambiti di garanzia. Tali interventi sono volti ad assicurare l'erogazione di un'offerta di prestazioni che sia in prossimità del cittadino, appropriata, efficace, accessibile e tempestiva, al fine di soddisfare pienamente le esigenze di salute della cittadinanza. Tali misure saranno operative, a regime, a partire dal 1° febbraio 2026.

1. Ambito di garanzia

L'amministrazione intende rivedere l'attuale assetto organizzativo per assicurare la fruizione dell'offerta sanitaria in prossimità del luogo di residenza e nelle aree territoriali limitrofe e connesse.

A decorrere dal 1° febbraio 2026, pertanto, l'ambito di garanzia per i cittadini della Regione Lazio sarà **referito** all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di **assistenza territoriale** e, in **seconda istanza**, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti, anche alle Aziende Sanitarie limitrofe e/o raggiungibili in base alle infrastrutture esistenti, secondo lo schema di seguito riportato:

AMBITO	ASL
CENTRO	ROMA 1
	ROMA 2
	ROMA 3
NORD OVEST	VITERBO
	ROMA 4
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
NORD EST	RIETI
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD EST	FROSINONE
	ROMA 5
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)
SUD OVEST	LATINA
	ROMA 6
	CENTRO (<i>Asl Rm 1- Rm 2 e Rm3</i>)



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

2. Validità della prescrizione

La Regione Lazio, ai fini di un miglior governo dell'appropriatezza prescrittiva e una risposta più efficace al bisogno di salute dei cittadini, ha posto il periodo di validità della prescrizione in relazione alla priorità indicata per l'erogazione della prestazione.

La tabella seguente illustra le nuove scadenze della prescrizione per ciascuna classe di priorità, in relazione al primo accesso (*tipo accesso "I"*) come approvato con Deliberazione di Giunta n. 1298 del 23 dicembre 2025

Classe di priorità	Validità attuale	Validità proposta
Urgente (U)	180 giorni	10 giorni
Breve (B)	180 giorni	20 giorni
Differita (D)	180 giorni	40 giorni visite / 70 giorni prestazioni strumentali
Programmata (P)	180 giorni	130 giorni

La prescrizione, pertanto, deve essere **utilizzata** procedendo alla prenotazione della prestazione entro i termini di validità precedentemente definiti. Ciò implica che il cittadino dispone di un intervallo di tempo massimo, decorrente dalla data di emissione della prescrizione, trascorso il quale la prescrizione non è più utilizzabile per accedere alla prenotazione. La prescrizione utilizzata per la prenotazione **mantiene la sua validità amministrativa fino al momento dell'effettiva erogazione** della visita o dell'esame prenotato. Pertanto, un appuntamento che sia stato **regolarmente fissato** presso la struttura erogatrice, anche se la data di erogazione cade *oltre* il termine di validità temporale della prescrizione rimane **valido e vincolante** per la struttura sanitaria.

3. Modalità di prescrizione

3.1. Prescrizione in primo accesso

La prestazione di primo accesso, sia essa una visita o un esame diagnostico, costituisce l'occasione iniziale in cui il quadro clinico manifestato dal paziente viene sottoposto a valutazione. In tale fase si procede alla definizione di un preciso inquadramento diagnostico.

Sono considerati *primi accessi* anche quelli relativi a pazienti affetti da malattie croniche già diagnosticate (ad esempio diabete, ipertensione...) che presentano una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, anche non collegato alla patologia cronica stessa, ma tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva della terapia.

Nell'ambito della prescrizione di primo accesso, è obbligatorio specificare la classe di priorità, ovvero l'intervallo di tempo entro cui, per **esigenze cliniche**, deve essere eseguita la prestazione.



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

Conseguentemente, le prestazioni devono essere erogate, con decorrenza dalla data di prenotazione entro l'intervallo di tempo previsto per le seguenti **classi di urgenza a priorità decrescente** (U, B, D, P).

- **La priorità U** identifica le prestazioni **Urgenti** in cui esiste la necessità clinica che la prestazione sia erogata **entro 72 h dalla prescrizione**. Il prescrittore (MMG/PLS/Specialista) deve procedere direttamente alla prenotazione tramite DOTTORCUP, come previsto nella Nota prot.n. U0950076 del 30-09-2022¹. Qualora il medico prescrittore sia oggettivamente impossibilitato a utilizzare il canale DOTTORCUP, la prenotazione potrà essere gestita direttamente sul Sistema ReCUP tramite i canali ordinari, al fine di assicurare che il cittadino possa fruire della prestazione nei termini temporali stabiliti. È, in questo caso, prevista l'attivazione di un sistema di monitoraggio a cura delle CAPI (Commissioni Appropriatazza Prescrittiva Interdistrettuale), con riferimento al mancato rispetto delle suddette modalità di prenotazione da parte dei medici prescrittori. Eventuali difformità procedurali riscontrate dovranno essere tempestivamente segnalate dalle CAPI ai competenti uffici regionali.
- **La priorità B** identifica le prestazioni **Brevi** in cui esiste la necessità clinica che la prestazione sia erogata **entro 10 giorni dalla prescrizione**. Il paziente deve essere informato dal prescrittore della necessità di procedere con l'accesso al CUP con la massima urgenza e che la prescrizione scade a **20 giorni dalla compilazione**, come da tabella precedente. Il paziente, qualora non sia disponibile nell'ambito di garanzia una prenotazione entro 10 giorni dalla data di contatto con il sistema di prenotazione, ha diritto ad un **pass di garanzia**² che viene erogato dalla Asl di assistenza.

¹ Nota prot.n. U0950076 del 30-09-2022: *La prescrizione della prestazione in classe U può essere effettuata da parte di tutti i medici prescrittori - MMG/PLS/specialista ambulatoriale/guardia medica. Il prescrittore telefona al numero verde dedicato 800986867, possibilmente in presenza dell'utente per trovare la disponibilità della prestazione. La prestazione urgente non può essere prenotata allo sportello dall'utente. L'operatore del numero verde richiede al prescrittore tutte le informazioni , obbligatorie per effettuare la ricerca della disponibilità della prestazione (era presente un format nella nota con le informazioni necessarie che il prescrittore deve fornire al telefono) ✓ L'operatore del numero verde cerca la disponibilità della prestazione a livello dell'azienda di assistenza dell'utente e, successivamente, in ambito regionale ✓ Nel caso di mancata disponibilità, a livello regionale, l'operatore di call center invierà la mail alla ASL di assistenza dell'utente ✓ La ASL di assistenza dell'assistito prenderà in carico la richiesta e cercherà di reperire la disponibilità per la prestazione richiesta: nel caso venga ritenuto necessario, la ASL potrà contattare il medico prescrittore per ulteriori chiarimenti sulla prescrizione effettuata o nel caso in cui l'ASL di assistenza non eroghi la prestazione richiesta, la stessa dovrà contattare un altro Ente erogatore ✓ L'Ente che erogherà la prestazione dovrà riportare sul foglio di lavoro la presenza di congruità della classe di priorità prescritta oppure biffare la relativa casella sul ReCUP al momento dell'eseguito.*

² Le modalità di attivazione del pass sono state previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 150 del 20 marzo 2025 avente ad oggetto: "Approvazione del documento tecnico relativo al nuovo modello di gestione denominato "ReCUP – Gestione del Percorso di Garanzia" delle prenotazioni sanitarie delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in regime di SSR".



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

All'utente che rifiuta l'appuntamento per l'erogazione entro soglia, non viene garantito il rispetto della priorità.

- **La priorità D** identifica prestazioni **Differibili** in cui esiste la necessità clinica che la prestazione sia erogata entro **30 giorni** (visite mediche) o entro **60 giorni** (esami strumentali). Il paziente deve essere informato dal prescrittore della necessità di procedere celermente con l'accesso al CUP e che la prescrizione ha validità di **40 giorni per le visite mediche e di 70 per gli esami strumentali**, sulla base delle nuove scadenze introdotte per la validità delle prescrizioni precedentemente illustrate. Qualora siano prescritte sulla stessa DEMA due prestazioni che determinano diverse validità della prescrizione (es: una prima visita e un esame strumentale) la validità della prescrizione coincide con l'intervallo di validità più breve. Il paziente, qualora non sia disponibile nell'ambito di garanzia una prenotazione entro 30 /60 giorni per visita medica/esami strumentali dalla data di contatto con il sistema di prenotazione, ha diritto ad un **pass di garanzia**³ che viene erogato dalla Asl di assistenza. All'utente che rifiuta l'appuntamento per l'erogazione entro soglia, non viene garantito il rispetto della priorità.
- **La priorità P** identifica le prestazioni **Programmabili** in cui la necessità clinica consente l'erogazione entro **120 giorni**. Non sono ricomprese nella priorità P tutte le prestazioni programmate per esigenze cliniche oltre i 120 giorni che andranno prescritte in accesso successivo (vedi paragrafo successivo). Il paziente deve essere informato dal prescrittore che la prescrizione ha validità di **130 giorni dalla compilazione**. Qualora nell'ambito di garanzia non sia disponibile una prenotazione entro 120 giorni dalla data di contatto con il sistema di prenotazione, il paziente può accedere ad un percorso di tutela come previsto dal Decreto Legislativo 124/1998. Il paziente che rifiuta una prenotazione offerta entro soglia non viene garantito del rispetto della priorità.

3.2 Prescrizione di accesso successivo

La **prescrizione di accesso successivo** si riferisce a visite o esami specialistici che vengono erogati a seguito di un **primo accesso** diagnostico o terapeutico (sia esso una visita o un esame strumentale).

In questa fase, il paziente ha già un **percorso di presa in carico avviato** e le prestazioni erogate sono primariamente finalizzate, a titolo esemplificativo, al monitoraggio di patologie croniche, valutazione a distanza dell'eventuale insorgenza di complicanze, verifica della stabilizzazione del quadro patologico e della efficacia della terapia.

³ Vedi nota n.2

Modalità di prescrizione per accesso successivo

Tutte le visite di controllo e gli esami strumentali di *follow-up* o previsti nel percorso di presa in carico **devono essere prescritti e contestualmente prenotati** dal medico che segue il paziente. Tale



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

procedura deve essere espletata presso la medesima struttura o altra struttura ad essa collegata, tenendo in considerazione che il sistema ReCUP consente la gestione delle prenotazioni *Cross Ente*. Tale indicazione è valida anche per i pazienti che accedono in pronto soccorso e riguardano gli esami e le viste di controllo dell'evento che ha generato l'accesso in PS (es: rx di controllo su frattura) così come eventuali esami per il completamento delle valutazioni cliniche (es. ecocardiogramma su paziente giunto in PS con crisi ipertensiva).

Si deve **evitare, per quanto possibile, di lasciare al paziente l'onere di prenotare tramite il CUP aziendale/ReCUP**, limitando l'intervento del paziente alla sola **regolarizzazione amministrativa** (ove necessaria).

Il medico prescrittore è tenuto a procedere con l'indicazione **"ALTRO" (A)** nella compilazione della prescrizione.

Il medico operante in una **struttura privata accreditata** che non sia autorizzato alla prescrizione tramite sistema DEMA provvede comunque alla **prenotazione** della prestazione demandando - per il tramite del paziente - al **MMG/PLS** la formalizzazione della prescrizione.

In tale circostanza, il medico della struttura accreditata deve indicare sulla ricetta bianca:

- Il **Codice Unico Regionale (CUR)** della prestazione richiesta e della prestazione tracciante per i percorsi di presa in carico.
- *Il quesito diagnostico.*
- L'indicazione della tempistica di esecuzione della visita o dell'esame / l'indicazione della tempistica di *follow-up*.

Il MMG è quindi tenuto a compilare la prescrizione con l'indicazione **"ALTRO"** e/o con la classe di priorità appropriata, apponendo il *flag* di **"prescrizione suggerita"**.

E' necessario che le strutture private accreditate, strutturino percorsi dedicati per la diagnostica e il completamento diagnostico, compatibilmente con le condizioni di accreditamento. Tali percorsi devono assicurare la **presa in carico** del paziente e prevedere la prenotazione delle prestazioni con

accesso in **classe A** (Accesso Successivo), anche qualora la prescrizione debba essere formalizzata dal MMG e successivamente riportata dal paziente presso la struttura.

3.3 Condizioni speciali

Nella pratica clinica è tuttavia frequente che al termine del primo accesso il quadro diagnostico non sia ancora completo, e non si possa quindi considerare avviato il percorso di presa in carico, essendo necessari **ulteriori accertamenti o valutazioni specialistiche**. Inoltre, per specifiche tipologie di prestazioni, la prima visita include valutazioni e procedure che non sono contemplate nelle successive visite di controllo.

Si illustrano le soluzioni adottate per gestire efficacemente tali casistiche assistenziali:



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

- Selezione del CUR 89.02. “*visita a completamento della prima visita*”, che può essere utilizzato dallo specialista per prescrivere la prima visita di altra branca, necessaria al completamento diagnostico, accompagnata da una nota prescrittiva che specifica quale visita deve essere prenotata.
- Definizione di CUR come codici figli della prima visita con la dicitura “*prima visita a completamento diagnostico*”. Tali prescrizioni andranno di default in “A – ALTRO”, come le visite di presa in carico.
- Nel caso di prestazioni in cui la prima visita include valutazioni cliniche non contemplate nelle visite di controllo (*follow-up*), si procederà all'**identificazione di nuovi codici CUR 'figli'**. Tale azione è finalizzata all'introduzione di una **visita di controllo specifica**, classificata in **classe A**, che integri le valutazioni già previste nel codice CUR della prima visita

L'area ospedaliera e specialistica ambulatoriale provvederà alla definizione delle necessarie modifiche del CUR regionale.

Indicazione di Priorità negli accessi successivi: Qualora, in funzione dell'esigenza clinica, si ravvisi la necessità di definire un termine per l'erogazione della prestazione anche in accesso successivo, le prestazioni prescritte con l'indicazione "**ALTRO**" potranno essere accompagnate dall'assegnazione di una classe di priorità (U, B, D, P). Tale classe **determina l'intervallo temporale massimo** entro il quale risulta clinicamente rilevante erogare la prestazione.

Indipendentemente dalla presenza dell'indicazione di priorità, la prescrizione classificata come "**ALTRO**" dovrà in ogni caso essere gestita come un **accesso successivo** e, pertanto, dovrà essere prenotata sulle relative **agende dedicate alla presa in carico**.

1. Appropriatezza prescrittiva

I medici specialisti e i MMG/PLS (Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) sono vincolati all'osservanza dei criteri di **appropriatezza prescrittiva** in termini di priorità e di percorso diagnostico, con specifico riferimento ai **Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)**.

Tale vincolo include anche l'utilizzo puntuale dei codici traccianti dei **PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali)** e delle indicazioni definite da linee guida e **Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (BPCA)** approvate a livello regionale.

La Regione Lazio, istituirà un **Gruppo di Lavoro** dedicato alla definizione e alla proposta di adozione dei RAO per quelle prestazioni identificate come maggiormente esposte al rischio di inappropriatezza prescrittiva.



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

Monitoraggio dell'Appropriatezza e Azioni Correttive

Le Strutture Sanitarie sono tenute a incentivare il personale medico specialista, in fase di erogazione, a valutare l'appropriatezza della classe di priorità attribuita alla prestazione, mediante la compilazione dell'apposito foglio di lavoro ReCUP.

Le suddette segnalazioni verranno acquisite dall'Azienda Sanitaria Locale e, congiuntamente agli altri dati disponibili, saranno condivise con le Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva.

Tale attività di monitoraggio è finalizzata all'identificazione delle prestazioni caratterizzate da un elevato indice di inappropriata, nonché alla conseguente individuazione di eventuali interventi correttivi. Questi ultimi potranno includere l'istituzione di gruppi multidisciplinari per la discussione dei casi clinici e lo svolgimento di attività formative, anche con il supporto di un coordinamento a livello regionale.

Programmi di screening: In via preliminare alla prescrizione di prestazioni oggetto di *screening*, il medico è tenuto a **promuovere l'adesione del paziente** ai programmi di *screening* proposti. Contestualmente, è suo compito indirizzare il paziente a contattare i centri di *screening* preposti per l'inserimento nelle relative liste e/o per l'accesso all'esame.

2. La prenotazione

Il cittadino in possesso di impegnativa può prenotare la prestazione di primo accesso attraverso i seguenti canali:

- chiamando il call center regionale ReCup 069939 - attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 19.30, il sabato dalle 7.30 alle 13;
- attraverso il sito web ReCup – prenotasmart;
- attraverso l'APP PRENOTASMART
- compilando un modulo on line per essere contattati dall'operatore telefonico e richiedere o spostare le prenotazioni;
- attraverso le farmacie aderenti al sistema FARMARECUP
- accedendo direttamente agli Sportelli CUP

Viene assicurata la medesima visibilità e prenotabilità delle prestazioni su tutti i presidi disponibili per la prenotazione (call center, CUP aziendale, app). Ove per motivi tecnici non sia possibile, è assicurata l'opportuna comunicazione di tale limite e suggerito al cittadino di procedere con un accesso diversificato.

Il cittadino riceve un messaggio di promemoria tramite SMS o APP IO con possibilità di conferma o disdetta dell'appuntamento. Tale promemoria è attivo per le strutture pubbliche e attivabile - su richiesta - per le strutture private accreditate. Le Aziende sanitarie promuovono e verificano l'adesione delle strutture private accreditate del proprio territorio al servizio.

Come da Deliberazione Giunta regionale n. 999 del 6 novembre 2025: "*Misure sanzionatorie per mancata disdetta delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale*" in caso di mancata presentazione all'appuntamento senza preventiva disdetta, il cittadino è passibile di sanzione con la richiesta di pagamento del corrispettivo del ticket dovuto per la prestazione non erogata, anche in caso di



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

esenzione. Le modalità di riscossione sono demandate alle singole Aziende Sanitarie.

L'utente che accede al sistema di prenotazione viene informato della *prima disponibilità* nel suo ambito di garanzia identificato come da tabella precedente.

Al fine di garantire una migliore gestione dell'offerta di prestazioni specialistiche, a far data dal 14 luglio 2025 il Sistema ReCup rende disponibile all'Operatore una nuova funzionalità per la gestione e classificazione delle motivazioni di rifiuto del cittadino della prima disponibilità. Nello specifico viene registrato a sistema la motivazione del rifiuto da parte del cittadino tra le seguenti causali:

Qualora il cittadino rifiuti la prima disponibilità proposta, il sistema Recup registra le ragioni del rifiuto tra quelle sotto riportate, prima di consentire di procedere con la scelta di un altro appuntamento:

- Data non possibile per il cittadino
- Sede troppo distante
- Struttura non gradita
- Richiesta struttura specifica
- Richiesta data specifica su indicazione del prescrittore
- Agenda non prenotabile causa vincoli

Tuttavia, anche in caso di rifiuto della prima disponibilità, se la prenotazione è effettuata nei tempi previsti dalla classe di priorità, si considera rispettato il Tempo di Attesa.

Le prestazioni di accesso successivo devono essere prenotate dal medico prescrittore così come precedentemente illustrato.

3. Linee guida per la configurazione delle agende

La ASL, nel proprio ruolo di committenza, ha il compito, dopo un'attenta valutazione del fabbisogno di salute, di programmare la propria offerta di prestazioni con i propri presidi pubblici nonché con gli erogatori delle strutture accreditate e/o con le aziende ospedaliere/universitarie presenti sul proprio territorio.

Tutte le agende, sia pubbliche che private, devono essere configurate – così come già previsto nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa - in modo da garantire una profondità di almeno **12 mesi consecutivi**.

Tale misura è stata ulteriormente rafforzata per le strutture private accreditate, inserendo tale previsione nell'Addendum all'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. prevedendo la risoluzione contrattuale in caso di mancato rispetto di tale adempimento.

Le strutture del privato accreditato sono tenute a configurare le proprie Agende sulla base delle indicazioni ricevute dalla Regione Lazio e dall'Azienda Sanitaria competente in merito a suddivisione in classi di priorità, volumi, prestazioni e specifiche esigenze al fine di garantire la presa in carico dei propri assistiti.

Al fine di indirizzare la domanda verso l'offerta adeguata, la visibilità delle agende su ReCUP, inoltre, deve essere assicurata rispettando le *Regole di denominazione e configurazione* uniformi a livello

**REGIONE
LAZIO****Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

regionale, in cui siano esplicitate almeno alcune informazioni minime necessarie: a chi sono rivolte, la corretta identificazione delle prestazioni, con eventuale specificità (es dermatologia tricologia vs dermatologia controllo nei), visite con priorità per primo accesso, visite di accesso successivo, visite ed esami previsti in PDTA, riservate, bloccate o sbarrate, con latenza di prenotazione per preparazione o altra nota. Per maggiori dettagli tecnici di configurazione delle agende si rimanda *all'Allegato Tecnico* condiviso con tutti gli attori coinvolti.

Nello specifico, le agende dovranno essere programmate dalle Aziende per assicurare di avere slot disponibili per U, B, D, in base ai dati disponibili relativi alla domanda, in relazione ai tempi di erogazione previsti.

Le Aziende Sanitarie e le Strutture private accreditate devono garantire specifiche agende per *follow-up* con disponibilità adeguata ai volumi di utenti effettivamente presi in carico dall'Azienda/struttura stessa.

Per le prestazioni di *secondo* livello devono essere attivati percorsi di accesso, condivisi con gli specialisti del territorio e con i MMG che garantiscano continuità al percorso di cura del paziente senza interruzioni o ulteriori passaggi burocratici.

Al fine di garantire uniformità nei processi a livello regionale, le Aziende Sanitarie che intendono adottare eventuali procedure interne non contemplate a livello regionale dovranno darne comunicazione all'ufficio Specialistica Ambulatoriale.


**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

DOCUMENTO TECNICO

RIMODULAZIONE DELLO SBARRAMENTO “P - PROGRAMMATA”

Il presente documento definisce le linee guida tecniche e procedurali per la corretta configurazione e gestione delle agende del sistema ReCUP, con particolare riferimento alla distribuzione degli slot di prenotazione tra le classi di priorità.

L’obiettivo è garantire una corretta distribuzione degli slot di prenotazione tra le classi di priorità B (Breve), D (Differibile) e P (Programmabile), dando priorità alla prenotazione delle prescrizioni con priorità B e D e l’inserimento delle P nella disponibilità residuale delle agende.

In particolare, il documento mira a:

- supportare la rimodulazione delle disponibilità riservate alla priorità “P - Programmata”, in coerenza con le esigenze operative e con l’andamento dei flussi di prenotazione;
- definire criteri tecnici per la configurazione delle fasce orarie e degli sbarramenti di prenotazione, ottimizzando la gestione delle disponibilità.

Le presenti linee guida si configurano come strumento di indirizzo tecnico-operativo, utile al personale preposto alla configurazione dei sistemi CUP e alla pianificazione delle agende aziendali, al fine di garantire omogeneità, tracciabilità e qualità del servizio erogato.

La modifica dello sbarramento per i posti della priorità “P” verrà eseguito Centralmente.

Come cambierà lo sbarramento:

Gestione	Priorità	Riserva dal	Riserva al
OLD	P	10	999
NEW	P	90*	999

La nuova configurazione consentirà di mantenere una quota di slot riservata alla priorità P, aumentando al contempo la disponibilità per le priorità B e D. Qualora, nel periodo considerato, la richiesta per la priorità P risulti inferiore rispetto a quella delle altre classi di priorità.

Si ricorda che nelle fasce dove è presente lo sbarramento per la priorità “P” è fortemente consigliata la configurazione di tutte le Priorità configurate in testata Agenda nel campo “Priorità” come da immagine sottostante:



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

4

OLD 89.7_7 PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

1 5 ☒ ☐ 4 elementi 0 - SSN ☒

Medici fascia

Cognome Nome

Sbarramenti

CARICA SBARRAMENTI

Nome Priorità Riserva dal Giorno Riserva al Giorno Quantità Posti/Slot Fascia Quantità Posti Riservati

SBARRAMENTO P POSTI	P	10	999	8	2	ELIMINA
---------------------	---	----	-----	---	---	---------

4 elementi selezionati:

- ☒ B - Breve entro 10 gg
- ☒ D - entro 30 gg (visite) 60 gg (prestazioni)
- ☒ P - Programmabile
- ☒ U - Urgente (entro 3 gg)

Comprimi

Seleziona tutti ☐

Comprimi

a. CONFIGURAZIONE DELLE AGENDE

Testata Agenda

- Overbooking = SI;
- Extra Cup = SI;
- Online = SI (solo per le prestazioni prive di note di preparazione);
- Promemoria anonimizzato = NO;
- Disponibilità Riservata Liste di attesa = NO/SI;
- Progetti Speciali = NO/SI (specificando il nome del progetto);
- Privata = NO;
- Occupa Spazi Contigui = NO/SI;
- Forzatura Libera = SI;
- Occupa Posto = NO/SI;
- Default Data Odierna = SI;
- Note obbligatorie = SI;
- Riservata a Residenti = Opzionale SI (in tutti i livelli di configurazione previsti in agenda per garantire l'accesso solamente ai propri assistiti) NO (per la riservatezza dei posti a tutti gli assistiti provenienti dalle Liste di Attesa);
- Visibilità = 547gg (1 anno e ½)
- Tempo Latenza in ore = Consigliato "0" *(salvo prestazioni particolari es. 88.76.1_0 ECO ADDOME COMPLETO);
- Regimi di Erogazione:
 - 0 – SSN (eventuali sotto-regimi);
- Classi di Priorità = U, B, D, P (sono escluse le A in quanto non oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa);
- Fasce Età = 0 – 999 (se non per casi specifici);
- Medici Erogatori (I medici identificati per l'erogazione delle prestazioni che precedentemente sono stati inseriti nella Unit di riferimento).

b. Prestazioni contemplate



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

Tutte le prestazioni ambulatoriali prenotabili del catalogo SSN (Critiche e Non Critiche).

Fasce in Agenda

Seguendo le indicazioni proposte da Regione Lazio le Agende dedicate e/o comprensive dell'offerta aziendale per le prenotazioni con priorità B e D le fasce di tali agende dovrebbero essere così configurate:

- Esempio Fasce:

Giorni						
Lunedì (3)	Martedì	Mercoledì (1)	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Inizio - Fine	Numero slot	Numero posti slot	Sbarramenti	Priorità	Note	Riservata liste Overbook d'attesa
10:00 - 10:15	3	1	U	B,D,U	DOCTORCUP	NO ☐
10:15 - 10:45	6	1	B,D	B,D		NO ☐
10:45 - 11:00	3	1	P	B,D,P,A,U		NO ☐
AGGIUNGI FASCIA ELIMINA GIORNO COPIA GIORNO						

- Priorità prenotabili sulle prestazioni in fascia, solo B e D;
- Sbarramenti configurati in fascia solo per le priorità B e D;
- Indicare il numero nel campo "Quantità Posti Riservati" (es. 4 B e 2 D)

OLD

89.7_7

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

1

5

☒

☐

2 elementi selezionati

0 - SSN

Medici fascia

Cognome

Nome

Sbarramenti

CARICA SBARRAMENTI

☐

☒ B - Breve entro 10 gg

☒ D - entro 30 gg (visite) 60 gg (prestazioni)

☐ P - Programmabile

☐ U - Urgente (entro 3 gg)

Comprimi

Seleziona tutti ☐

Comprimi

Nome	Priorità	Riserva dal Giorno	Riserva al Giorno	Quantità Posti/Slot Fascia	Quantità Posti Riservati	
SBARRAMENTO B	B	2	999	6	4	ELIMINA
SBARRAMENTO D	D	4	999	6	2	ELIMINA

N.B. Il documento ha funzione di fornire indicazioni tecniche non vincolanti, nulla vieta di configurare



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

⁴
un solo sbarramento per ogni fascia.

Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesposto schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.

(O M I S S I S)

IL SEGRETARIO

(Maria Genoveffa Boccia)

IL PRESIDENTE

(Francesco Rocca)



23

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

4

Allegato 3
Analisi TDA 2026



**REGIONE
LAZIO**

24

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

2026												
ASL	Urgente			Breve			Differibile			Programmata		
	TDA (gg)	% garantite	Tot	TDA (gg)	% garantite	Tot	TDA (gg)	% garantite	Tot	TDA (gg)	% garantite	Tot
ASL RM 1	15	84%	62	4	88%	979	17	89%	3283	25	94%	9522
ASL RM 2	1	78%	23	7	82%	1209	23	85%	3153	24	94%	5583
ASL RM 3	2	88%	8	10	78%	393	29	79%	2006	37	90%	4192
ASL RM 4	0	100%	1	4	86%	214	8	96%	416	10	98%	506
ASL RM 5	104	67%	6	7	89%	247	89	73%	916	150	59%	2733
ASL RM 6	0	100%	1	4	89%	167	15	92%	744	16	96%	907
ASL VITERBO	0	100%	5	3	95%	164	9	96%	429	20	94%	1044
ASL RIETI	1	100%	3	2	98%	131	24	87%	224	19	94%	449
ASL LATINA	0	100%	1	5	88%	181	15	92%	540	20	95%	868
ASL FROSINONE	0	100%	12	5	85%	404	12	94%	947	12	98%	1819



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione
Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e
Specialistica**

Allegato 4

Volumi critiche per ASL



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL ROMA 1	Cardiologia	PRMA VISITA CARDIOLOGICA	1940	6014	
ASL ROMA 1	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	562	1381	
ASL ROMA 1	Cardiologia	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	368	1016	
ASL ROMA 1	Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	450	3483	7418
ASL ROMA 1	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	1893	7217	
ASL ROMA 1	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	371	2171	
ASL ROMA 1	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	766	1887	
ASL ROMA 1	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	109	747	
ASL ROMA 1	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	153	1532	
ASL ROMA 1	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	458	1404	
ASL ROMA 1	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	349	974	
ASL ROMA 1	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGDS]	239	603	
ASL ROMA 1	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	729	6816	
ASL ROMA 2	Cardiologia	PRMA VISITA CARDIOLOGICA	4332	14379	
ASL ROMA 2	Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	1153	8390	11725
ASL ROMA 2	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	1814	7119	
ASL ROMA 2	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	1540	3197	



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL ROMA 2	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica	5208	16681	
ASL ROMA 2	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	923	4911	
ASL ROMA 2	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	1604	4240	
ASL ROMA 2	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	274	1953	3242
ASL ROMA 2	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	384	3606	
ASL ROMA 2	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	1278	2921	
ASL ROMA 2	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	670	1804	
ASL ROMA 2	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPI A [EGDS]	481	956	
ASL ROMA 2	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	1970	18331	
ASL ROMA 3	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1238	5262	
ASL ROMA 3	Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	302	3116	
ASL ROMA 3	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Eccardiografia	574	2511	
ASL ROMA 3	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	430	1428	
ASL ROMA 3	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica	1637	5799	8341
ASL ROMA 3	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	193	1519	
ASL ROMA 3	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	471	1642	
ASL ROMA 3	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	66	636	1567



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL ROMA 3	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	95	1046	
ASL ROMA 3	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	357	1074	
ASL ROMA 3	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	275	788	1096
ASL ROMA 3	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	177	543	
ASL ROMA 3	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	530	5362	
ASL ROMA 4	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1324	3305	
ASL ROMA 4	Cardiologia	ECOCOLOR(DOPPLER)GRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	268	2108	
ASL ROMA 4	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	529	1764	
ASL ROMA 4	Cardiologia	ECOCOLOR(DOPPLER) DEGLI ARTI INFERIORI	256	797	
ASL ROMA 4	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica	772	3216	
ASL ROMA 4	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	404	1058	
ASL ROMA 4	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	490	836	845
ASL ROMA 4	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	88	371	
ASL ROMA 4	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	263	820	
ASL ROMA 4	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	228	612	
ASL ROMA 4	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	264	456	487



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL ROMA 4	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGDS]	170	282	374
ASL ROMA 4	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	771	3918	
ASL ROMA 5	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1309	3198	
ASL ROMA 5	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	229	1419	5225
ASL ROMA 5	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	444	1494	
ASL ROMA 5	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	292	461	
ASL ROMA 5	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGICA	936	2602	
ASL ROMA 5	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	136	642	2424
ASL ROMA 5	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	414	709	
ASL ROMA 5	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	96	533	2229
ASL ROMA 5	Diagnostica per Immagini	ECOCOLORDOPPLER TIROIDE	39	179	519
ASL ROMA 5	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	253	544	
ASL ROMA 5	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	314	430	879
ASL ROMA 5	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGDS]	186	371	
ASL ROMA 5	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	496	3362	
ASL ROMA 6	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1221	6121	



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL ROMA 6	Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	318	2859	
ASL ROMA 6	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	478	2299	
ASL ROMA 6	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	393	1042	
ASL ROMA 6	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica			
ASL ROMA 6	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	1447	6055	7399
ASL ROMA 6	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	192	1343	
ASL ROMA 6	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	419	1166	
ASL ROMA 6	Diagnostica per Immagini		71	686	
ASL ROMA 6	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	101	966	1394
ASL ROMA 6	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	371	1067	
ASL ROMA 6	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	183	588	648
ASL ROMA 6	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	131	431	475
ASL ROMA 6	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	569	5597	
ASL VITERBO	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	571	1987	3048
ASL VITERBO	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	174	348	
ASL VITERBO	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica	432	1533	



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL VITERBO	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	95	277	1907
ASL VITERBO	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)			1730
ASL VITERBO	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	191	455	
ASL VITERBO	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	133	457	675
ASL VITERBO	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGDS]			533
ASL VITERBO	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	450	1332	3583
ASL RIETI	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	774	1111	
ASL RIETI	Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	131	580	1932
ASL RIETI	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA			
ASL RIETI	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	212	293	735
ASL RIETI	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	101	121	823
ASL RIETI	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	153	131	
ASL RIETI	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA		1535	3211
ASL LATINA	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1928	6196	
ASL LATINA	Cardiologia	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	437	1955	
ASL LATINA	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	818	2413	



**REGIONE
LAZIO**

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica**

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL LATINA	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	325	753	
ASL LATINA	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica			
ASL LATINA	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	1707	4801	
ASL LATINA	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	218	703	
ASL LATINA	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	723	1619	1822
ASL LATINA	Diagnostica per Immagini	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 PROIEZIONI)	162	749	1103
ASL LATINA	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	132	678	
ASL LATINA	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	286	541	
ASL LATINA	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGDS]	384	672	723
ASL LATINA	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	240	453	618
ASL FROSINONE	Cardiologia	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1120	5796	6746
ASL FROSINONE	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	829	3384	
ASL FROSINONE	Cardiologia	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	285	1591	2336
ASL FROSINONE	Cardiologia	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI	463	1820	
ASL FROSINONE	Dermosifilopatia	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica	254	466	611
ASL FROSINONE			1067	3663	



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Ospedaliera e Specialistica

ASL	BRANCA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	VOLUME CRITICO B	VOLUME CRITICO D	VOLUME CRITICO P
ASL FROSINONE	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	126	541	
ASL FROSINONE	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	333		989
ASL FROSINONE	Diagnostica per Immagini	ECOGRAFIA TIROIDE	79	689	
ASL FROSINONE	Gastroenterologia	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	331	990	
ASL FROSINONE	Gastroenterologia	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	552	592	639
ASL FROSINONE	Gastroenterologia	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	492	520	629
ASL FROSINONE	Oculistica	PRIMA VISITA OCULISTICA	700	4404	6872